Se poate acționa

Serviciile de sănătate față în față cu problemele generate de consumul de droguri

Ghid pentru medicul de familie

Uniunea Europeană

Program finanțat prin PHARE

Traducere din limba spaniolă

Ministerul Sănătății Spania

Planul Național privind Drogurile

Delegația Guvernului pentru Planul Național privind drogurile

Tabla de materii

Introducere

Dependența de substanța psihoactivă este un fenomen complex care poate fi reprezentat schematic ca interacțiunea a trei grupe mari de factori: factorul social care cuprinde disponibilitatea drogului, acceptul sau rejecția de către grup a consumatorului de drog, al doilea factor este reprezentat de efectele farmacologice euforizante ale drogului şi, în fine, cel de-al treilea factor important este reprezentat de structura psihologică, personalitatea individului, fapt ce explică de ce unii consumatori ajung dependenți şi alții nu.

Rezultanta celor trei grupe de factori este triunghiul dependenței. Măsurile de combatere a dependenței de substanță se vor adresa acestor trei laturi ale triunghiului: factorul social poate fi influențat prin scăderea ofertei de drog, ca urmare a creşterii pedepselor şi sancționării ferme a narcotraficului; tot aici are o importanță deosebită şi suportul microgrupului familial.

Factorul farmacologic - acțiunea euforizantă a drogului, poate fi influențat prin administrarea fie a tratamentului de întreținere (cu metadonă), fie a tratamentului cu antagonişti (naltrexonă).

Mult mai complicat de abordat este factorul personalitate, care îl vulnerabilizează pe individ la dobândirea dependenței. Acest factor poate fi influențat prin măsuri psihoterapeutice care vor fi aplicate o perioadă îndelungată în postcură.

Pînă în anul 1989 autoritățile române au fost preocupate de asigurarea unui regim strict pentru substanțele stupefiante şi preparatele farmaceutice ce conțin aceste substanțe, prevăzând în acest scop măsuri coercitive severe, de natură penală, în cazul unor încălcări ale acestuia.

Politica restrictivă dusă până în 1989 privind dreptul la libera circulație a persoanelor a permis controlul strict al frontierelor si a făcut ca teritoriul României să fie în bună parte ocolit de rețelele de narcotrafic; ca atare, fenomenul de consum al drogurilor s-a manifestat sporadic şi fără consistență.

În acest context, nu s-au luat măsuri în domeniul reducerii cererii de droguri şi al toxicomaniei; cazurile rare de consum acut sau cronic de droguri existente în acei ani fiind tratate în secțiile de anestezie şi terapie intensivă ale unor spitale.

Sfârşitul anului 1989 a marcat schimbări profunde în România şi în țările din Europa de Est generînd apariția unor noi factori de risc: creşterea infracționalității şi dezvoltarea criminalității transfrontaliere, inclusiv a traficului de droguri, formarea unei piețe de desfacere a acestora şi implicit creşterea numărului de toxicomani.

În prezent amploarea fenomenului depăşeşte sfera preocupărilor medicale şi chiar puterea de reacție a instituțiilor implicate direct în lupta cu traficul şi consumul de droguri.

Tergiversarea luării unor măsuri adecvate de contracarare a traficului, de reducere a consumului şi de reinserție socială a toxicomanilor, subliniază faptul ca fenomenul drogurilor nu este pe deplin conştientizat de factorii decizionali ai societății.

La acestea se adugă şi faptul că nu s-a reusit cunoaşterea estimativă a numărului consumatorilor de droguri, fapt care ar fi permis o abordare mai

profundă a necesităților şi priorităților existente în domeniul asigurării medicale pentru acest segment populațional.

Drogurile distrug vieți şi comunități, subminează dezvoltarea umană şi generează criminalitate; drogurile afectează toate sectoarele societății, în toate țările; în particular consumul de droguri afectează libertatea şi dezvoltarea tineretului.

Aceasta este cea de-a doua ediție revizuită a Manualului ACȚIONÂND PUTEM SCHIMBA LUCRURILE, SERVICIILE DE SĂNĂTATE CONFRUNTATE CU PROBLEMA DEPENDENȚEI DE DROGURI, al cărui titlu a fost puțin modificat. Obiectivul acestuia este:

- Conştientizarea cadrelor medicale în legătură cu rolul important pe care îl pot juca, răspunzând problemelor legate de consumul de droguri.

- Oferirea de măsuri orientative în fața cererilor specifice pe care aceşti specialişti le primesc de la consumatorii de droguri.

- Aprofundarea cunoştințelor referitoare la acțiunea farmacologică a principalelor substanțe de abuz, cât şi a problemelor mai importante pe care le poate genera consumul acestora.

- Facilitarea procesului de informare, care să permită medicilor să nu se transforme în furnizori de medicamente psihoactive susceptibile de a fi utilizate de către consumatorii de droguri.

- Facilitarea obținerii de informații şi adrese de unde se pot obține date referitoare la tratamentul acestor pacienți sau asupra modului de eliberare a medicamentelor şi la accesul la centre specializate.

Sperăm ca acest manual să fie util tuturor specialiştilor care îşi desfăşoară activitatea în cadrul primului nivel de îngrijire medicală.

Personalul medical față în față cu părinții care pun întrebări

ÎN FAȚA PĂRINȚILOR ÎNGRIJORAȚI

Există întrebări curente care sunt puțin utile şi chiar nefaste.

Există întrebări utile care merită efortul de a fi puse.

PERSONALULUI MEDICAL ÎI REVINE SARCINA DE A FACILITA FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR CELOR MAI ADECVATE

Exemplu:

Ce trebuie să facem pentru ca fiul nostru să nu devină dependent de droguri?	**Cum trebuie să ne comportăm cu un adolescent care traversează o perioadă dificilă?**
Ce produse sunt periculoase? De unde se obțin?	**Cum putem cunoaşte mai bine produsele toxice pentru a putea DISCUTA despre acestea cu fiul nostru?**
Care sunt simptomele după care ne putem da seama că fiul nostru se droghează: ochi iritați, stare de oboseală ... ?	**Cum putem deveni conştienți de problemele unui fiu care manifestă simptoame de SUFERINȚĂ, apatie, dezinteres, violență, etc ... ?**
Cum putem şti ce face fiul nostru atunci când nu este acasă? Căror influențe proaste este supus? Cu ce persoane intră în contact?	**Cum putem reacționa în fața provocării pe care ne-o adresează fiul nostru frecventând locuri sau intrând în contact cu persoane pe care noi le considerăm inacceptabile?**

În ce mod îl putem convinge pe fiul nostru să nu consume droguri?	**În ce mod putem fi EXPLICIȚI şi CONVINGĂTORI atunci când vorbim despre droguri, despre efectele pe care le produc, despre limitele şi riscurile pe care le presupun?**
Ce putem face pentru ca fiu nostru să „reuşească” în viață?	**În ce mod trebuie să reacționăm în relația cu un fiu care caută un stil de viață personal?**
În ce mod îi putem transmite „principii sănătoase”?	**În ce mod putem dialoga pe tema aspectelor coerente şi a celor incoerente ale moralei pe care o apărăm?**
În ce mod ne putem transforma în confidenții sau prietenii fiului nostru?	**Cum putem dialoga fără a deveni demagogi?** **În ce mod îi putem demonstra că îl iubim, dar că avem propria identitate, respectându-i o în acelaşi timp pe a sa? În ce mod ne putem confrunta cu el, fără a rupe relațiile?**

FAȚĂ ÎN FAȚĂ CU PĂRINȚII ÎNGRIJORAȚI

În paginile următoare, utilizarea drogurilor nu mai este o simplă supoziție sau temere ..., este un lucru real, fără a fi sinonim cu dependența.

Ce am făcut ca să merităm acest lucru? Am eşuat în ceea ce priveşte educația fiului nostru.	**În ce mod putem înțelege ce se întâmplă fără a considera că este vorba de un eşec?**
Mi-ar plăcea să pun mâna pe cel care l-a atras în această situație. Am să anunț poliția!	**Ce îl atrage la consumul de droguri: căutarea plăcerii, protestul sau identificarea cu prietenii săi?**
Ar fi putut să facă orice altceva ... în afară de asta ... am fi acceptat orice altceva.	**Nu consideră acest lucru ca pe o modalitate de a ne înfrunta?**
Nu am făcut nici un fel de comentarii asupra notelor sale, nici asupra nopților petrecute cu prietenii, nici asupra violenței sale.	**Nu este cumva modul său de a atrage atenția, de a se face ascultat?**
Trebuie vindecat de această boală!	**Acest consum i-a creat realmente o dependență? Ce loc ocupă în viața sa?**
Trebuie găsit un centru unde se tratează această boală!	**Ce putem face pentru a-l ajuta?** **Îl putem ajuta să găsească locuri de interes, să-şi definească propria rațiune de a trăi şi de a avea speranță?**
Dacă va continua în acest mod, va fi pierdut.	**În ce mod putem acorda atenție problemelor lui şi evita situația ca drogurile să ajungă o soluție sau un refugiu?**

NU VĂ GRĂBIȚI … NU LUAȚI DECIZII PREMATURE

Într-adevăr, este o EROARE GRAVĂ să orientezi de la început către un centru de tratament un tânăr în cazul căruia experimentarea drogurilor reprezintă doar un SIMPTOM.

Relația cu drogurile poate fi ocazională şi într-o astfel de situație nu trebuie pusă eticheta de „toxicoman”
În prezent, se poate afirma că majoritatea tinerilor care au încercat un tip sau altul de droguri, nu sunt toxicomani.

ACCEPTAȚI întotdeauna dialogul.

Respingeți diagnosticele de toxicomanie, pronunțate în grabă.

Aveți în vedere posibilitatea de a induce toxicomanii iatrogene.

Un procent foarte mare de toxicomani se aprovizionează adresându-se medicilor.

Când vorbim despre droguri, ne gândim întotdeauna la droguri cum ar fi haşişul, sau altele, ca de exemplu heroina şi cocaina şi adesea uităm existența unor medicamente psihoactive.

De sigur:

Un procent foarte mare de toxicomani se aprovizionează adresându-se medicilor.

Majoritatea toxicomanilor, mai ales consumatorii de heroină sau cocaină consumă şi alte substanțe, printre care se numără şi unele medicamente cu efecte psihoactive.

Rețineți:

Toxicomanii de multe ori cunosc farmacopeea care îi interesează mai bine decât chiar profesioniştii, şi în plus dispun de timp pentru a reflecta asupra celui mai bun mod de a obține medicamentele pe care le doresc.

Medicul în fața cererii de medicamente psihoactive

Următoarele pagini au ca scop indicarea răspunsurilor principale care se pot da, sau a acelora care trebuie evitate în diferite situații cu care ne putem confrunta.

Cererea toxicomanului	**Atitudinea şi răspunsul medicului**
Un pacient care nu vă cunoaşte intră în cabinetul dumneavoastră şi vă spune:	**Puneți-i întrebări şi examinați-l cu atenție, pentru a vă asigura că nu este vorba de o cerere care reprezintă un PRETEXT.**
„Am o colică renală, mă dor măselele, numai FORTRALUL mă calmează”.	

„Sunt deprimat şi numai BENZEDRINA îmi îmbunătăţeşte starea de spirit”	**Explicaţi-i pericolele pe care le presupun anfetaminele şi medicamentele stimulatoare.**
Medicul specialist îmi prescrie din când în când BENZEDRINA pentru a slăbi, acum am început să mă îngraş din nou şi am nevoie de un flacon”	**Propuneţi-i un tratament mai adecvat contra depresiei sau obezităţii.**
„Sunt epileptic şi mi s-au terminat pastilele de LUMINAL”	**Încercaţi să verificaţi dacă este vorba într-adevăr de epilepsie. În cazul existenţei unui dubiu, prescrieţi-i BENZODIAZEPINE şi trimiteţi-l la specialist.**
„Psihiatrul îmi prescrie ROMPARKIN, am nevoie de încă un flacon.	**Nu prescrieţi nici un medicament înainte de a lua legătura cu psihiatrul. Dacă spune că este plecat, puneţi-i întrebări pentru a afla cauza şi circumstanţele care au motivat prescrierea neurolepticelor şi prezenţa efectelor secundare ale acestora. Nu prescrieţi nici un medicament dacă este vorba de o cerere care are la bază un pretext.**
„Sunt deprimat, mă doare tot corpul, nu pot dormi, simt că mor, daţi-mi ROHIPNOL”	**Sindromul cauzat de întreruperea administrării opiaceelor se prezintă ca o exacerbare a unei crize de anxietate. Oferiţi-i pacientului un ajutor terapeutic fără opiacee, pe bază de anxiolitice şi/sau analgezice.** **Nu vă temeţi. Nu îl expuneţi nici unui risc.**

„Sunt agitat, mi-e greață, mă simt foarte rău, cred că voi suferi o criză, LUMINAL îmi face bine”	**Dependența de barbiturice produce crize de anxietate şi agresivitate. Întreruperea bruscă poate produce convulsii. Puneți întrebări pentru a stabili dozele ingerate (sau injectate). Puteți folosi efectul anticonvulsiv al DIAZEPAM-ului timp de câteva zile de la întreruperea tratamentului cu barbiturice. Uneori este necesară o cură scurtă de dezintoxicare progresivă cu FENOBARBITAL (3 până la 5 zile) insistând în discuția cu pacientul asupra caracterului excepțional al recomandării.**
„Sunt toxicoman de mult timp: am început să mă dezobişnuiesc singur, scăzând progresiv dozele. Mă mențin cu „ o priză” zilnică. Acum am nevoie de câteva comprimate de METADONĂ pentru a încheia auto-tratamentul. Ceilalți medici nu-mi înțeleg problema. Vă rog, ajutați-mă.”	**Tratamentul cu METADONĂ, medicament de substituție, este reglementat prin Legea 143/2000 şi nu poate fi prescris de orice medic. De aceea pacienții care intră în acest tratament trebuie să fie luați în evidență la Direcțiile de Sănătate Publice Județene şi să aibă asupra lor o legitimație prin care se atestă faptul că se află în acest tratament. Dacă nu urmează această filieră legală, atât medicii cât şi pacienții sunt pasibili de pedeapsa cu închisoarea.** **ATENȚIE!** **Medicii de familie au dreptul doar să trimită pacienții la centrele de tratament cu Metadona, unde ei vor fi evaluați de o comisie şi acceptați sau nu în program, dacă îndeplinesc criteriile legale.**
Mi s-a infectat brațul, cred că din cauza unei injecții.	**Tratați problema somatică.** **Gândiți-vă că, deşi pacientul nu doreşte să întrerupă consumul, puteți modifica în sens pozitiv obiceiurile care implică riscuri.** **Recomandați-i să utilizeze material steril, să nu utilizeze în comun acele şi seringile, sau ca cel puțin să le dezinfecteze.**
Vă previn: Mă simt foarte rău; dacă	**Nu cedați şantajului unui**

nu îmi dați ceea ce vă cer, voi face un gest disperat.”

toxicoman.
Cea mai bună soluție întotdeauna este de a acționa clar şi ferm.

Personalul medical confruntat cu urgențe

DATORATE CONSUMULUI DE OPIACEE

A. SINDROMUL DE ABSTINENȚĂ

Este vorba de un tablou care poate prezenta diferite simptome şi semne în funcție de gravitate, printre care se numără:

- anxietate, midriază, dureri musculare generalizate, transpirație abundentă, frisoane, lăcrimare, rinoree, anorexie cu grețuri şi insomnie persistentă.

- în stări mai grave, pot apărea: hipertermie, hipertensiune, tahicardie şi apnee, cât şi vomă şi diaree.

Acest tablou se prezintă în cazul persoanelor care au dezvoltat dependență fizică. Intensitatea acesteia şi caracterul simptomelor sunt în funcție de diverşi factori, fie de tip obiectiv (doză, cale de administrare, consum în asociere cu alte droguri, prezența anumitor patologii organice asociate, etc.), cât şi subiective (speranțe de rezolvare a problemei şi caracteristici ale personalității toxicomanului).

Sindromul de abstinență la heroină începe să se manifeste în termen de

Adesea este posibil ca acesta să fie primul contact pe care îl are toxicomanul cu specialistul în probleme de sănătate.
De aceea, se RECOMANDĂ SĂ SE PROFITE DE MOMENT pentru:

- reorientarea cererii sale către tratamentul global al dependenței de droguri: bine ghidat de către personalul medical sau orientând-l către îngrijirea de echipe specializate (în fiecare caz se recomandă să se aibă în vedere ambele alternative).

- dacă nu acceptă această posibilitate, cel puțin INFORMAȚI-L şi SFĂTUIȚI-L referitor la obiceiuri care pot reduce riscurile asociate consumului de droguri (utilizarea materialului steril, nefolosirea în comun a acelor şi seringilor, dezinfectarea acestora ...)
- efectuarea unui examen de sănătate minim. Vaccinarea sau înscrierea într-un program de vaccinare contra H.B., prescrierea vaccinării antitetanice .... etc.

ȚINEȚI SEAMA DE URMĂTOARELE ASPECTE:

6 – 12 ore de la administrarea ultimei doze, atingând punctul culminant după 24 – 48 de ore şi scade progresiv după 6 – 10 zile.

Riscul de deces în cazul sindromului de abstinență este practic inexistent. În orice caz, trebuie avută în vedere posibilitatea apariției deshidratării în cazurile extreme.

- dependența de opiacee se desfăşoară ca un proces recurent, prin aceea că va avea aspectul unor momente evolutive distincte, cu alternarea perioadelor de abstinență şi recidive în consum. Acestea sunt întotdeauna posibilități care pot fi folosite terapeutic şi trebuie exploatate ca etape către rezolvarea definitivă.

- Deşi toxicomanul nu are intenția de a se dezintoxica, contactul cu personalul sanitar, tratamentul patologiei organice asociate şi atenuarea simptomelor abstinenței reprezintă întotdeauna un ajutor important pentru acesta.

PENTRU REALIZAREA TRATAMENTULUI SIMPTOMATIC:

- nu se vor administra opiacee;

- medicamentele cele mai adecvate sunt benzodiazepinele cu acțiune prelungită (diazepam sau clordiazepoxid);

- de câte ori este posibil, se va administra medicamentul astfel încât pacientul să nu poată recunoaşte natura acestuia;

- se va administra medicamentul „in situ", fără a elibera rețete pentru tratamentul ulterior.

B. INTOXICAȚIE ACUTĂ

- dacă se constată o stare comatoasă, cu mioză punctiformă şi depresie respiratorie, care în general este însoțită de bradicardie, cianoză, hipotensiune şi hipotermie

- dacă există semne de perforare venoasă.

Există o probabilitate mare să vă confruntați cu o intoxicație cu opiacee.

- Dispuneți transferarea urgentă a pacientului la spital.

ÎNTRE TIMP:

- mențineți libere căile respiratorii:
- urmați procedurile obişnuite de reanimare de urgență:
- administrați 0,4 – 0,8 mg de NALOXONA (antagonist opiaceu) pe cale intravenoasă lentă.
- dacă nu obțineți reacția aşteptată, repetați doza după 3 – 5 minute. Utilizarea produsului NALOXONA poate salva viața pacientului dumneavoastră, repetați doza fără ezitare. Dacă după administrarea repetată a dozei de NOLAXONA nu se îmbunătățeşte funcția respiratorie şi nivelul de conştiență, luați în considerare asocierea cu benzodiazepine şi administrați 0,2 mg de FLUMAZENIL (antagonist benzodiazepinic), pe cale intravenoasă timp de 15 secunde. Dacă nu se obține o reacție în termen de un minut, se pot urma două căi alternative:
- administrarea unei a doua doze de 0,1 mg de FLUMAZENIL, repetând, dacă este necesar, aceeaşi doză din minut în minut, până la maximum 1 mg.
- menținerea perfuziei continue de 0,1 până la 0,4 mg FLUMAZENIL pe oră
- dacă se obține un răspuns imediat, dar după 1 sau 2 ore constatați că se reinstalează starea comatoasă, repetați

doza de NALOXONA, dat fiind că timpul de acțiune al acestei substanțe este de 1 – 2 ore, în timp ce acela al heroinei este de 4 – 5 ore.

C. ANAFILAXIE CU SUBSTANȚE ADMINISTRATE ÎN ASOCIERE

Uneori, diferitele substanțele cu care este combinată („tăiată”) heroina (stricnină, talc, detergenți, etc), fiind străine organismului, pot provoca reacții anafilactice.

TRATAȚI această situație ca oricare altă reacție de acest tip.

DATORATE CONSUMULUI DE SUBSTANȚE INHALANTE

(Diluanți, adezivi, benzine, etc)

INTOXICAȚIE ACUTĂ

De obicei, se prezintă ca un tablou asemănător etilismului acut, însoțit de o halenă caracteristică şi midriază. Poate prezenta complicații cum ar fi halucinații, aritmii, edem pulmonar acut, depresie medulară şi insuficiență hepatică.

Unele date epidemiologice ca de exemplu: vârsta tânără, resursele economice reduse şi prezența resturilor de diluant sau lac pe haine pot fi utile în stabilirea diagnosticului.

- PROCEDAȚI la transferul la spital.
- ÎNTRE TIMP: Efectuați reanimare cardiorespiratorie, dacă este cazul.

DATORATE CONSUMULUI DE L.S.D.

Consumul de halucinogene (L.S.D., mescalina) dă naştere unor episoade halucinatorii, predominând halucinațiile vizuale (în mod obişnuit, în culori foarte pronunțate) dezorientare temporală şi spațială şi o agitație psihomotorie.

De obicei, cedează de la sine după 10 – 12 ore.

- creați un mediu relaxat, evitați orice fel de stimuli şi liniştiți pacientul;
- nu se recomandă administrarea de neuroleptice;
- dacă este necesar, se va administra un produs din clasa benzodiazepinelor;
- în măsura în care este posibil, se va evita spitalizarea şi se va încerca să nu fie lăsat singur în cursul ultimelor ore ale evoluției, ci să găsească pe cineva care să-i faciliteze contactul cu realitatea.

DATORAT CONSUMULUI DE AMFETAMINE

A. INTOXICAȚIE ACUTĂ

Se prezintă ca un tablou clasic de hiperstimulare simpatică: hiperactivitate, hipertermie, transpirație, tahicardie, hipertensiune şi midriază.

În unele cazuri, apare şi simptomatologia paranoidă.

Internați pacientul.

Între timp:

- dacă pacientul este conştient şi nu au trecut şase ore de la ingerare, efectuați lavaj gastric sau provocați voma;

- în cazul manifestării unei agitații puternice, administrați-i o benzodiazepină sau un neuroleptic.

B. TULBURĂRI DELIRANTE

Acest tablou este dominat de ideație delirantă de persecuție, de prezența halucinațiilor vizuale, o puternică agitație psiho-motorie şi o importantă angoasă.

Nu s-a dovedit legătura sigură cu doza, timpul de administrare sau personalitatea pacientului.

- încercați să creați o ambianță liniştită, fără stimului senzoriali;

- administrați un neuroleptic;

- dacă persistă simptomele, transferați-l la spital.

DATORATE CONSUMULUI DE COCAINĂ

A. INTOXICAȚIE ACUTĂ:

- se prezintă sub o formă similară cu cea a intoxicației cu amfetamine;

- poate prezenta manifestări cardio-pulmonare (dureri toracice, palpitații, respirație sacadată, etc.), manifestări psihiatrice (anxietate, agitație psiho-motorie, idei paranoide, tendințe suicidare etc), manifestări neurologice (amețeli, dureri de cap, convulsii, etc.).

- poate ajunge la deces, gravitatea fiind condiționată de:
    - calea de consum: există un pericol major în ceea ce priveşte calea endo-venoasă şi calea pulmonară.
    - prezența unor patologii asociate: insuficiență coronariană, hipertensiune;
    - administrarea concomitentă a unor alte produse farmaceutice (simpatomimetice) sau a altor droguri.

- nu există antagonişti specifici.

- se poate administra diazepam (5-10 mg) pe cale intravenoasă pentru a controla convulsiile. Nu se vor administra hidantoine.

- se vor trata celelalte complicații în modurile obişnuite.

B. TULBURĂRI DELIRANTE

Foarte similare cu cele produse de amfetamine.

Se va proceda în acelaşi mod.

Fumatul bazei libere a cocainei cristalizate (crack) poate produce rapid dependență şi efecte adverse cardiovasculare, neurologice şi psihiatrice.

PATOLOGIA ORGANICĂ ASOCIATĂ CU UTILIZAREA DROGURILOR PE CALE PARENTERALĂ

Administrarea parenterală presupune un risc accentuat de generare a unui anumit tip de patologie (în special infecţioasă) care adesea duce la solicitări urgente de asistenţă. De aceea, este recomandabil să se acorde o atenţie deosebită evaluării semnelor şi simptomelor care pot indica prezenţa acesteia:

Pierderea acuităţii vizuale şi/sau infecţii oculare.	Pacienţii vor trebui evaluaţi în regim de urgenţă pentru a elimina posibilitatea existenţei endoftalmiei, datorate infectării cu candida.
Afectări ale stării generale, cu prezenţa semnelor şi simptomelor care sugerează insuficienţă hepatică (edeme, ascită).	Se va avea în vedere posibilitatea prezenţei unei hepatite infecţioase sau toxice.
Stare febrilă de origine necunoscută.	Se va avea în vederea posibilitatea existenţei: unei endocardite infecţioase; osteomielite sau artrite septice; pneumonii; infecţii ale părţilor moi şi /sau tromboflebită septică.
Manifestări caracteristice abdomenului acut.	Se va verifica dacă nu este vorba de un sindrom de abstinenţă.
Febră, pierdere rapidă în greutate, diaree persistentă.	Se va avea în vedere posibilitatea existenţei SIDA.

Personalul medical confruntat cu comportamentele de risc ale consumatorilor de droguri

Adesea îngrijiți pacienți care prezintă patologii organice, asociate cu consumul de droguri. În mod sigur, cazurile cele mai grave şi mai frecvente sunt cele asociate cu administrarea drogurilor pe cale parenterală şi, mai concret, cu existența unor obiceiuri inadecvate: utilizarea în comun a seringilor sau a apei contaminate.

Aceşti pacienți apelează sporadic la asistență medicală şi în general nu solicită tratament contra dependenței lor.

REȚINEȚI CĂ
Dependența de droguri este un proces recurent.

Ca parte a istoricului procesului, pacientul traversează diferite stadii evolutive.

Deşi renunțarea la utilizarea drogurilor este cea mai bună decizie, nu întotdeauna pacientul poate face acest lucru.

Există şi alte OPȚIUNI SAU OBIECTIVE INTERMEDIARE, pe care puteți să i le oferiți şi care îl vor ajuta pe pacientul dumneavoastră să reducă riscul de hepatită, SIDA, candidoză.

Înscrierea într-un PROGRAM DE ÎNTREȚINERE CU METADONĂ	Utilizarea PREZERVATIVELOR pentru prevenirea SIDA şi a altor boli cu transmitere sexuală.
Schimbarea căii de administrare. ABANDONAREA CĂII PARENTERALE	Aplicarea unor RECOMANDĂRI referitoare la tehnicile de injectare cu riscuri reduse (dezinfectarea locului injectării, alternarea locului injectării, ne aspirarea sângelui, utilizarea unui instrumentar în stare bună, injectarea în sens ascendent, evitarea utilizării aceleiaşi seringi şi a aceluiaşi ac).
Utilizarea MATERIALULUI DE INJECTARE STERIL (seringi, ace, apă distilată, etc.) Utilizarea unui DEZINFECTANT atunci când, din motive de urgență, se foloseşte în comun materialul de injectare.	VACCINAREA împotriva hepatitei B şi a tetanosului.

TOATE ACESTE MĂSURI VĂ VOR AJUTA PACIENȚII ÎN A-ŞI ÎMBUNĂTĂȚI CALITATEA VIEȚII Şi SĂNĂTATEA ACELORA CARE NU POT ÎNCĂ

RENUNȚA LA CONSUM DEPINDE DE FOLOSIREA UNOR PRACTICI IGIENICE ADECVATE

NU UITAȚI:

Cu ocazia vizitelor pacienților dumneavoastră care folosesc droguri administrate pe cale parenterală, puteți influența în mod pozitiv modificarea obiceiurilor care implică riscul de infectare.

Deşi pacientul nu abandonează consumul, există soluții pentru diminuarea riscului.

Încurajați-vă pacienții să transmită aceste mesaje şi altor consumatori de droguri din anturajul lor.

DE MULTE ORI PARAMEDICII SUNT PRIMII CARE INTRĂ ÎN CONTACT CU PERSOANELE CARE CONSUMĂ DROGURI PE CALE PARENTERALĂ. PROFITAȚI DE OCAZIE PENTRU A REALIZA O INTERVENȚIE HOTĂRÂTĂ: UNEORI NU VEȚI AVEA O NOUĂ OCAZIE.

Personalul medical în fața unei cereri de intervenție

Acceptați răspunderea de a vă ocupa de un toxicoman numai dacă el însuşi vă solicită ajutorul.

Dacă familia este cea care apelează la dumneavoastră, a o ajuta presupune:

Înainte de toate ASCULTAȚI.

Ajutați-i să fie mai puțin neliniştiți.

În cazul în care se acordă importanță exagerată unor aspecte, demonstrați acest lucru.

Evitarea sentimentelor de culpabilitate. Căutarea mijloacelor de restabilire a relațiilor familiale şi modificarea atitudinilor inadecvate (prea permisive, prea rigide).

Recomandați renunțarea la adoptarea unor măsuri coercitive sau de control, pe care tânărul toxicoman le poate resimți ca pe o respingere (anunțarea poliției, izgonirea de acasă sau exmatricularea ...).

SPECIALIŞTII CARE LUCREAZĂ ÎN CADRUL NIVELULUI PRIMAR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ, DATORITĂ APROPIERII DE MEDIU SUNT CEI MAI INDICAȚI PENTRU A ACORDA ACEST PRIM AJUTOR.

Evaluați situația, ținând seama de următoarele:

Continuitatea în utilizarea substanțelor şi natura acestora.

Integrarea tânărului în grupul său familial, şcolar, etc.

Posibilele probleme de comportament.

Atunci când părinții, educatorii sau alte persoane vă solicită sfatul în ceea ce priveşte un tânăr fumător de haşiş

ASCULTAȚI. CONVINGEȚI-I SĂ NU DRAMATIZEZE. INFORMAȚI

ARĂTAȚI:

Toxicitatea reală a haşişului şi faptul că nu implică o dependență fizică.

Adevărata importanță a haşişului ca modă şi formă de frondă juvenilă.

Necesitatea de a menține sau restabili dialogul.

Că, în mod normal, nu este necesar şi nici recomandabil ca părinții să-şi ducă fiul în mod regulat la consultații pentru aceste motive.

Că, în unele ocazii, poate fi vorba de manifestarea unor probleme mai grave, care pot justifica abordarea unui specialist în boli mentale.

Evaluați importanța toxicomaniei şi relevanța posibilelor manifestări asociate cu gravitatea acesteia: nereuşită sau respingere la şcoală, relații proaste cu familia, probleme de comportament.

Acționați în conformitate cu rezultatele evaluării dar:

NU SUBESTIMAȚI NICIODATĂ TOXICITATEA NICI UNUI PRODUS

INFORMAȚI ÎNTOTDEAUNA PACIENȚII ASUPRA EFECTELOR ŞI CONSECINȚELOR

Medicul în fața unei solicitării de dezintoxicare

REȚINEȚI:

Nu există o schemă terapeutică unică pentru realizarea dezintoxicării.

FIȚI PRUDENT ATUNCI CÂND:

Vi se adresează o solicitare de dezintoxicare de către un pacient care, deşi abuzează de anumite substanțe, nu este dependent.

Există posibilitatea provocării unei dependențe iatrogene la o persoană care, deşi a încercat heroina şi/ sau cocaina, nu este încă dependentă de aceste substanțe.

Un toxicoman face o cerere de dezintoxicare care dumneavoastră vi se pare serioasă.	Este vorba despre o solicitare care, dacă o acceptați, va presupune pentru dumneavoastră TIMP şi DISPONIBILITATE.
Prototipul este o cerere de dezintoxicare de opiacee.	Dezintoxicarea de droguri care nu creează dependență fizică cu are sens.

O dezintoxicare fizică stabilită în cursul unei singure întrevederi are puține şanse de succes.

EVALUAȚI solicitarea, convingerea toxicomanului în raport cu hotărârea şi proiectele sale de viitor.

Aflați MOTIVELE care l-au determinat pe toxicoman să vă consulte. Prognosticul va fi legat în mod direct de gradul de motivare şi de disponibilitatea de a urma programul de dezintoxicare.

NU VĂ ANGAJAȚI SUB PUTEREA IMPULSULUI.

CRITERII DE BAZĂ ÎN ORIENTAREA PROCESULUI DE DEZINTOXICARE

Nu există o schemă terapeutică unică; este necesară adaptarea la caracteristicile fiecărui pacient.

Atunci când nu există sprijin familial adecvat, sau există o istorie toxicologică complicată, patologie organică şi /sau psihică gravă sau încercări repetate de dezintoxicare ambulatorie, se va recomanda DEZINTOXICAREA ÎN CADRUL SPITALULUI

Dezintoxicarea ambulatorie de opiacee	
Durează aproximativ 10 zile.	Este recomandată supravegherea de către un asistent medical, prin intermediul unor vizite la domiciliu.
Nu se recomandă vizitele sau ieşirile fără însoțitor.	Dacă este necesar, se va solicita sprijinul echipei specializate (a se vedea fişa nr. 10).
Nu trebuie administrată medicație pe cale parenterală. Nu există o schemă terapeutică unică; este necesară adaptarea la caracteristicile fiecărui pacient.	Tratamentul de dezintoxicare, presupune lucrul în echipă pluridisciplinară.
Presupune un grad important de implicare din partea familiei; acest lucru înseamnă controlarea medicației şi, mai ales, consumul anumitor substanțe, însoțirea pacientului în cursul ieşirilor când acesta primeşte vizite.	Asistentul medical este, de multe ori, primul contact al pacientului cu serviciile de sănătate; de acesta poate depinde ca pacientul să adopte de la început o atitudine mai deschisă şi mai orientată către colaborare.

MODELE FARMACOLOGICE ORIENTATIVE

DEZINTOXICAREA DE OPIACEE

DEZINTOXICAREA TREBUIE CONDUSĂ DE SPECIALIŞTI ÎN CENTRE AUTORIZATE, IAR MEDICII DE FAMILIE TREBUIE SĂ ÎNDRUME PACIENȚII CĂTRE CENTRELE DE DEZINTOXICARE ACREDITATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ŞI FAMILIEI

Se poate face dezintoxicare bazată pe tratament nonsubstitutiv şi dezintoxicare bazată pe metadonă, dar mai departe pacienții trebuie îndrumați spre internare în secțiile de dezintoxicare, unde sunt izolați, supravegheați şi tratați gratuit.
Există riscuri mari, chiar riscul de deces în cazul aplicării schemei de dezintoxicare cu clonidină la domiciliu.
După terminarea unei cure de dezintoxicare în spital, ei vor reveni la medicul de familie care poate să le prescrie mai departe, dacă este cazul, medicamentele indicate de medicul psihiatru care a făcut evaluarea cazului la externare.

DEZINTOXICAREA DE COCAINĂ

Un număr din ce în ce mai mare de pacienți apelează la serviciile medicale pentru probleme produse de abuzul de cocaină.

Dezintoxicarea acestor pacienți implică acordarea unui sprijin psihoterapeutic specializat, în afara tratamentului medicamentos.

În prezent, se utilizează scheme de tratament cu agonişti dopaminergici (bromocriptina, amantadina) şi cu antidepresive ciclice (desipramina, imipramina) Nu se recomandă utilizarea benzodiazepinelor cu acțiune de scurtă durată, din cauza potențialului ridicat de a dezvolta dependență.

CONSULTAȚI-VĂ CU SERVICIILE SPECIALIZATE

ÎN CAZUL UNEI RECIDIVE

Aveți în vedere faptul că dependența de droguri evoluează ca un proces recurent. Este posibil ca pacientul dumneavoastră să necesite un alt tip de tratament.
Consultați-vă cu o echipă de specialişti

DEZINTOXICAREA ESTE DOAR O VERIGĂ DINTR-UN LANȚ CARE PRESUPUNE ŞI DEZOBIŞNUIREA ŞI REABILITAREA.

Criterii de bază pentru asumarea răspunderii tratamentului unui toxicoman

Primul principiu este cel al voinței: nu puteți începe tratamentul împotriva voinței toxicomanului.

Lămuriți în ce constă exact solicitarea pe care vi-o adresează pacientul dumneavoastră.

Nu vă creați false speranțe dacă nu pacientul este cel care solicită acest ajutor.

Oferiți-vă întotdeauna colaborarea pentru viitoare proiecte terapeutice.

Chiar dacă nu depinde de dumneavoastră soluționarea, nu pierdeți din vedere complexitatea problemei şi încercați să țineți seama de aspectele psihologice, somatice, sociale, de muncă, juridice, etc.

Aveți permanent în vedere:

Obiectivele terapeutice finale:

- abstinența totală
- integrarea socială.

Şi nu uitați că:

Există obiective intermediare extrem de importante pentru îmbunătățirea stării de sănătate şi a celei generale a toxicomanului:

- atingerea unor perioade de abstinență cât mai lungi posibil.
- modificarea obiceiurilor care presupun un risc asociat consumului.
- integrarea într-un program de întreținere cu metadonă.
- vaccinarea contra hepatitei B şi a tetanosului.

FIŞE FARMACOLOGICE

GLOSAR

AMFETAMINE

BARBITURICE

BENZODIAZEPINE

CANNABIS

COCAINA

OPIACEE

PRINCIPALE INTERACȚIUNI ÎNTRE PRODUSELE FARMACEUTICE

ALTE SUBSTANȚE SUSCEPTIBILE DE A GENERA DEPENDENȚĂ

ADRESE UTILE

GLOSAR

DSM III. Manual diagnostic şi statistic al tulburărilor mentale

Abuzul de substanțe

Criterii diagnostice
- Mod patologic de utilizare
- Deteriorarea activității sociale sau ocupaționale datorate utilizării substanței toxice
- Durata minimă a tulburării de cel puțin o lună.

Dependența de substanțe

Este o formă în general mai gravă decât abuzul de substanțe

Criterii diagnostice
- Prezența toleranței sau a sevrajului
- În cazul alcoolului sau a cannabisului, sunt necesare de asemenea:
  - Modul patologic de utilizare sau
  - Deteriorarea activității sociale sau ocupaționale datorate utilizării substanței respective.

Toleranța

Necesitatea de a mări în mod semnificativ cantitatea de substanță pentru a obține efectele dorite, sau diminuare semnificativă a efectelor atunci când se utilizează în mod obişnuit aceleaşi doze.

Toleranță încrucişată
Fenomen prin care auto-administrarea unui drog duce la apariția toleranței, nu numai la acel drog, ci de asemenea la altul din acelaşi şi uneori din alt grup farmacologic.

Sindrom de abstinență sau sevrajul

Sindrom specific fiecărei substanțe toxice, care apare atunci când se întrerupe sau se reduce cantitatea administrată, după un consum regulat anterior care provoacă inducerea unei stări somatice de intoxicare.

Modul patologic de utilizare

În funcție de clasa de substanțe toxice, acesta se poate manifesta ca: intoxicație pe parcursul întregii zile, incapacitate de a reduce sau a renunța la utilizarea substanței, eforturi repetate pentru a controla consumul prin intermediul unor perioade de abstinență temporară sau restricționare a utilizării în cursul anumitor momente din zi, continuarea administrării substanței în ciuda faptului că subiectul este conştient că astfel se exacerbează afecțiunile sale somatice grave, necesitatea de a utiliza zilnic substanța toxică pentru alcoolici, supradozarea în cazul opiaceelor).

Deteriorarea statutului ocupaţional şi social datorat modului patologic de utilizare a substanţei

- Relaţiile sociale se pot deteriora deoarece subiectul nu-şi îndeplineşte obligaţiile faţă de prieteni şi rude, ca rezultat al atitudinilor excentrice şi impulsive şi al exprimării inadecvate a sentimentelor agresive. Subiectul poate avea probleme juridice din cauza stării de intoxicare sau datorită unor delicte pe care le poate comite cu scopul de a obţine bani pentru achiziţionarea substanţei.
- Activitatea ocupaţională va fi apreciată ca afectată,dacă individul lipseşte de la birou sau de la şcoală sau eventual dacă din cauza stării de intoxicare nu este capabil să desfăşoare o activitate eficientă.
- Adesea persoanele care dezvoltă o tulburare ca urmare a consumului de substanţe toxice, prezintă tulburări de personalitate pre-morbide şi tulburări afective.

Acţiune farmacologică

Este produsă de orice substanţă chimică care poate interacţiona cu un organism viu.

Indicaţie terapeutică

Administrarea în acele situaţii în care produsul farmaceutic şi-a demonstrat eficacitatea clinică.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Situaţie care face posibilă obţinerea (legală) a produsului farmaceutic şi care se reglementează prin acte normative referitoare la eliberarea şi utilizarea diferitelor substanţe.
Disponibilitatea într-un sens mai amplu, mai ales în cazul drogurilor al căror consum este ilegal, se apreciază şi în funcţie de cantitatea de drog existentă pe piaţa neagră.

AMFETAMINE

Acțiune farmacologică

Stimulante ale activității sistemului nervos central.

Indicație terapeutică

Actualmente, nu se justifică prescrierea acestora, decât în cazuri foarte precise, în care stabilirea tratamentului se face de către specialişti (narcolepsie, sindromul de hiperactivitate cu deficit de atenție, obezitate exogenă).

Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate şi capsule).
Non-terapeutică: orală, injectabilă.

Dependența fizică sau somatică

Poate apărea deşi nu toți autorii o acceptă ca atare. Când se utilizează sub formă parenterală (administrare non-terapeutică) se instalează în mod rapid.

Dependență psihică

Da.

Toleranță

Se poate instala în cursul unei perioade de tratament continuu de şase săptămâni, până la trei luni.

Sindrom de abstinență (sevraj)

Da. Se manifestă prin stare de deprimare, de oboseală şi tulburări ale somnului.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope şi majoritatea sunt incluse în Lista II şi IV din Convenția de la Viena din 1971.
Se eliberează pe bază de rețetă.
Utilizarea non-terapeutică pe cale orală se face frecvent pentru a potența randamentul fizic şi intelectual.

Adesea, se consumă în asociere cu alte droguri.

Denumiri vulgare

Amfeta, bennies, speed

Intoxicație acută

Se caracterizează prin exacerbarea efectelor stimulante centrale, ajungând până la episoade paranoide, stări de panică cu halucinații. Apar efecte adrenergice, palpitații, tahicardie, transpirație, hipertermie şi chiar pierderea cunoştinței şi moartea.

Tratament

Fundamental simptomatic.
Se va încerca permanent să se asigure un mediu liniştit şi relaxant; administrarea de neuroleptice, în caz de agitație sau episod paranoid. Dacă au trecut mai puțin de două ore: lavaj gastric şi provocarea vomei, urmate de administrarea de cărbune activ şi diureză indusă cu manitol sau furosemid, pentru facilitarea eliminării.

Intoxicație cronică

Constă în apariția dependenței, cu tendință de dezvoltare a tablourilor psihotice.

Specialități farmaceutice

Anfepramona
- Regenon, capsule de 25 mg.

BARBITURICE

Acțiune farmacologică

Deprimante ale activității sistemului nervos central.

Indicație terapeutică

Actualmente, nu se justifică prescrierea acestora, decât în epilepsie, dat fiind faptul că prezintă o marjă de securitate foarte îngustă, iar riscul de a crea dependență este crescut; de asemenea, există alte produse farmaceutice cu eficacitate clinică similară şi un nivel de inocuitate mai mare.

Cale de administrare

Terapeutică: orală (capsule, comprimate, soluție, drajeuri), rectală şi injectabilă.
Non-terapeutică: orală, injectabilă sau inhalantă.

Dependența fizică

Da.

Dependență psihică

Da.

Toleranță

Se produce rapid.
Există toleranță încrucişată între barbiturice şi alcool şi între diferite tipuri de barbiturice.

Sindrom de abstinență

Da. Similar sindromului de sevraj alcoolic (greață, vomă, stare de disconfort insomnie, anxietate şi alte simptome de hiper-activitate simpatică.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope şi majoritatea sunt incluse în Lista III şi IV din Convenția de la Viena din 1971.
Se eliberează pe bază de rețetă medicală.

Denumiri vulgare

Barb, caramele, goofballs, peanuts

Intoxicație acută

Se produce în cazul tentativelor de sinucidere, în mod accidental sau în cazul subiecților politoxicomani.
Simptomele cele mai caracteristice sunt: dificultatea de a menține activitatea mentală, tulburări emoționale şi afective, care se asociază, în unele cazuri, cu probleme neurologice.
Gravitatea intoxicației se stabileşte în funcție de intensitatea deprimării centrale, care poate ajunge până la comă, deprimare respiratorie intensă şi chiar moarte.

Tratament

Fundamental simptomatic.
Intubare traheală sau respirație gură la gură (la pacienții cu deprimare respiratorie). Lavaj gastric, urmat de administrarea cărbunelui activ şi reținerea bolnavului în cadrul unității de terapie intensivă atât timp cât este necesar, în funcție de timpul mediu de înjumătățire a produsului ingerat.
Se recomandă alcalinizarea urinei.
În situații extreme, hemodializa accelerează eliminarea barbituricelor.

Intoxicație cronică

Se produce ca rezultat al administrării prelungite a dozelor terapeutice.
Se caracterizează prin manifestarea următoarelor simptome: deteriorare a capacității mentale (stare de confuzie, accentuarea instabilității emoționale), tulburări neurologice (amețeală, polinevrită, afectare a echilibrului), accidente la nivel cutanat şi al mucoasei (erupții polimorfe) Aceste manifestări clinice sunt similare celor observate în cazul alcoolismului.

Specialități farmaceutice

Amobarbital

- Dormital 100 mg, comprimate

Fenobarbital

- Fenobarbital 100 mg, 15 comprimate şi injecții cu 40 sau 200 mg
- Gardenol comprimate

BENZODIAZEPINE

Acțiune farmacologică

Deprimante ale activității sistemului nervos central.

Indicații terapeutice

Anxietate şi insomnie: produc un efect anxiolitic şi un efect hipnotic, în funcție de doza administrată. Pentru utilizarea ca inductoare ale somnului. se preferă benzodiazepinele moderne. cu timp de înjumătățire mai scurt, în timp ce pentru tratamentul anxietății se recomandă cele cu timp de înjumătățire mai prelungit.
Prescrierea trebuie să fie temporară , investigându-se cauza de bază.
Unele forme de epilepsie, ca de exemplu convulsiile generalizate (clonazepam) şi *status epilepticus* (diazepam intravenos).
Manifestări acute ale sindromului de abstinență alcoolică (diazepam intravenos).
Spasticitate musculară, atunci când spasmul muscular este intens şi cu puternice repercursiuni funcționale.

Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate, capsule, tablete, drajeuri, pliculețe, soluție), rectală şi injectabilă.
Non-terapeutică: orală, injectabilă.

Dependența fizică

Da. Se produce la doze mari, administrate pe perioade prelungite. Se instaurează mai rapid în cazul celor cu timp de înjumătățire mai scurt.

Dependență psihică

Da.

Toleranță

Se manifestă prin necesitatea de a mări dozele pentru a induce somnul sau a menține o ameliorare simptomatică.
Apariția acesteia este variabilă. Acest fenomen este unul dintre principalele motive pentru care se recomandă limitarea perioadei de utilizare a acestor compuşi.
Există toleranță încrucişată cu alcool şi cu alte deprimante ale sistemului nervos central.

Sindrom de abstinență

Da. Similar cu cel care se manifestă în cazul ingerării de barbiturice şi alcool.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope şi majoritatea sunt incluse în Lista IV din Convenția de la Viena, din 1971.
Se eliberează pe bază de rețetă.
S-a constatat că, benzodiazepinele sunt utilizate în mai mare măsură de către femei decât de către bărbați, în special de către populația de vârstă înaintată. Este binecunoscută utilizarea produsului flunitrazepam şi a altor compuşi de către heroinomani, pentru a atenua sindromul de abstinență.

Denumiri vulgare

Downs, trancs.

Intoxicație acută

Supradozarea benzodiazepinelor este rareori letală, dar poate fi periculoasă atunci când se folosesc în asociere cu alte deprimante ale sistemului nervos central, dată fiind potențarea efectelor.
Printre simptome se numără: somnolență, stare de prostrație şi relaxare musculară marcată. Administrate pe cale intravenoasă rapid, pot produce hipotensiune şi deprimare respiratorie, dar capacitatea letală rămâne în continuare redusă.

Tratament

Simptomatic: dacă nu există risc de convulsii sau pierdere a cunoştinței, se recomandă lavaj gastric sau soluție salină (cât de repede posibil). În cazul pacienților în stare de comă, vor trebui luate măsuri de precauție pentru a nu aspira voma.
Corectarea deshidratării.
Nu se recomandă hemodializa.
Antagonist: Flumazenil (DCI) medicament recent autorizat în Spania (martie 1998) cu administrare în mediu spitalicesc; este eficace în intoxicația cu benzodiazepine determinând revenirea din starea de comă.

Intoxicație cronică

Se produce la doze mari, administrate pe perioade prelungite.

Simptomele sunt: tulburări de vedere, diminuarea impulsului sexual, icter, diminuarea tensiunii arteriale, tremor, modificări psihotomorii.

Specialități farmaceutice

Alprazolam
- Xanax 0,25 mg., 0,50 mg., 1 mg. comprimate
- Bromazepam 1,5 mg. şi 3 mg. capsule
- Calmepam 1,5 mg. şi 3 mg. comprimate
- Lexotonil 1,5 mg., 3 mg. şi 6 mg. comprimate

Clonazepam
- Rivotril 0,5 mg. şi 2 mg. capsule
- Glutil 2,5 mg., 10 ml. solutie

Clorazepat dipotasic
- Tranxene 5 mg., 10 mg. capsule

Clordiazepoxid

- Napoton 10 mg., drajeuri

Diazepam
- Diazepam 2 mg. şi 10 mg. - comprimate şi 10 mg. fiole

Flunitrapezam
- Rohipnol 1 mg. comprimate

Lorazepam
- Lorivan 1 mg. capsule

Medazepam
- Ansilan 5 mg., 10 mg. capsule
- Medazepam 10 mg. capsule
- Rudotel 10 mg. capsule

Nitrazepam
- Nitrazepam 2,5 mg., 10 mg. capsule

Oxazepam
- Oxazepam 10 mg. capsule

Flumazenil

Meprobamat
- Meprobamat 400 mg. capsule

CANNABIS

Planta cannabis sintetizează peste 80 de canabinoide, printre care se numără tetrahidrocanabinolul (Δ^{-9} THC) care este principala sa componentă psihoactivă.

Acțiune farmacologică

Deprimant al sistemului nervos central.

Indicație terapeutică

Deşi în țara noastră nu se comercializează substanța (Δ^{-9} THC), în prezent în unele țări este în curs de evaluare posibila utilitate terapeutică în calitate de agent antiemetic, în tratamentul pacienților care beneficiază de chimioterapie citostatică.

Cale de administrare

Terapeutică: nu se utilizează.
Non-terapeutică: orală, prin inhalare - fumat.

Dependența fizică

Nu s-a descris existența unei veritabile dependențe fizice (a se vedea sindromul de abstinență).

Dependență psihică

Consumul prelungit poate dezvolta dependență psihică, în funcție de caracteristicile individuale şi sociale ale individului.

Toleranță

Poate apărea toleranță la anumite efecte. Prezintă toleranță încrucişată cu alcoolul şi opiaceele.

Sindrom de abstinență

Întreruperea bruscă a administrării la persoane consumatoare cronic nu produce rapid o simptomatologie de abstinență caracteristică. Se pot observa uşoare simptome care apar la câteva ore şi pot dura 4 – 5 zile: anxietate,

iritabilitate, diminuarea apetitului, insomnie, tulburări ale fazelor REM *(rapid eye movements)* ale somnului ...

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Face obiectul legislației referitoare la stupefiante şi psihotrope. Cannabisul este inclus în Lista I şi IV din Convenția Unică din 1961. Principiul activ Δ^{-9} THC tetrahidro-canabinolul şi variantele sale estero-chimice au fost transferate recent din lista I în lista II a Convenției referitoare la substanțele psihotrope, din 1971.
Pe piața neagră este uşor de procurat.

Denumiri vulgare

Haşiş, marihuana, ciocolată, tate, grifa, kif, costo, goma, mierda

Intoxicație acută

Supradozarea canabinoidelor este rareori letală.
În doze mari, poate provoca crize de anxietate, care în general se diminuează în termen de câteva ore.
Existența unei adevărate psihoze datorate cannabisului este controversată.

Tratament

Ținerea sub observație, într-un mediu liniştit.

Intoxicație cronică

Deşi există o mare varietate de studii în domeniu, nu s-a putut ajunge la concluzia că, pe termen lung, consumul cronic ar fi cauza modificărilor psihice sau fizice.

COCAINA

Acțiune farmacologică

Stimulant al sistemului nervos central. Aplicată local, se comportă ca un agent vaso-constrictor şi anestezic local.

Indicație terapeutică

Actualmente, este foarte redusă: se foloseşte doar ca anestezic superficial în ORL şi oftalmologie.

Cale de administrare

Terapeutică: locală.
Non-terapeutică: diferite căi, în funcție de diferitele moduri de prezentare: inhalare prin fumat, inhalare prin aspirare pe nas şi parenterală.

Dependența fizică

Actualmente, se consideră că produce dependență fizică (a se vedea sindromul de abstinență).

Dependență psihică

Da. Rapiditatea cu care se instalează depinde de calea de administrare utilizată, fiind mai precoce în cazul utilizării prin inhalarea fumului de țigară sau pe cale parenterală.

Toleranță

Nu s-a stabilit încă.

Sindrom de abstinență

Deşi mult timp s-a negat existența acestuia, astăzi se consideră că tabloul caracterizat la nivel psihic prin deprimare, încetinirea psihomotorie, letargia, iritabilitatea şi tulburări ale somnului, şi la nivel somatic prin tulburări de coordonare, senzație de apăsare, tahicardie, amețeli, reprezintă un sindrom autentic de abstinență.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Face obiectul legislației referitoare la stupefiante.
În Lista I: Nu se eliberează legal ca substanță.
În Lista III: Atunci când face parte din preparatele care nu conțin mai mult de 0,1% substanță (B.O.E. 4-XI-81), poate fi eliberată pe bază de rețetă obişnuită, cu excepția cazului în care se prezintă în amestec cu psihotrope care fac obiectul unui regim special.
Pe piața neagră se poate găsi sub formă de: sulfat de cocaină, clorhidrat de cocaină şi bază liberă.

Denumiri vulgare

Coca, zăpadă, perica, pasta, crack, free-base, basuko.

Intoxicație acută

Simptomatologia caracteristică unei hiperactivități simpatice: tahicardie, palpitații, transpirație abundentă, hipertermie, hipertensiune arterială, midriază; cât şi aritmii şi convulsii. Uneori, se observă manifestări delirante acute. Poate produce decesul datorită unui status epilepticus cu obstrucție respiratorie, aritmii sau hemoragie cerebrală.
Consumul se face pe cale intravenoasă sau prin inhalarea fumului de țigară; prezența unei anumite patologii organice preexistente (insuficiență coronariană, hipertensiune, diabet, etc) şi administrarea în asociere cu produse simpatomimetice sau cu heroina, potențează în mare măsură posibilitatea apariției complicațiilor.

Tratament

Nu există un antagonist specific. Se poate administra diazepam intravenos, pentru a controla convulsiile, betablocante, pentru complicațiile cardiovasculare şi neuroleptice, pentru manifestările psihotice.

Intoxicație cronică

Sunt frecvente modificările endocrine. Chiar la doze care nu produc intoxicație acută se potențează riscul de apariție a unor complicații caracteristice. Alte complicații depind în mare parte de calea de administrare: atrofie sau necroză a mucoasei nazale, în cazul inhalării; simptome respiratorii, în cazul fumătorilor de bază liberă; patologie infecțioasă şi leziuni echimotice cu frecvente necroze, în cazul administrării pe cale intravenoasă.
Poate produce puternice modificări ale personalității, inclusiv manifestări delirante, dar manifestările cele mai frecvente sunt tulburările depresive, afectările ciclotimice şi probleme de concentrare.

Tratamentul dependenței

Se utilizează tehnici similare celor aplicate în cazul altor toxicomanii. Antidepresivele sunt produsele cele mai utilizate. Actualmente, se studiază modul de utilizare a altor medicamente, de exemplu bromocriptina, amantadina sau litiul.

OPIACEE

Acțiune farmacologică

Deprimante ale sistemului nervos central. Se pot clasifica în: agoniste pure (codeina, meperidina, metadona, heroina, agoniste parțiale (buprenorfina); agoniste/antagoniste (mixte) (pentazocina, butorfanol) şi antagoniste pure (naloxona, naltrexona)

Indicații terapeutice

Dureri acute sau cronice.
Diaree acută cu colici dureroase (extras de opiu, difenoxilat, codeină).
Ameliorarea tusei seci, neproductive, care împiedică pacientul să se odihnească (codeină).
Tratamentul intoxicației acute şi cronice.
Utilizarea heroinei în scopuri terapeutice este ilegală.

Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate, capsule, picături, tablete, soluție, drajeuri, pliculețe), rectal şi injectabil.
Non- terapeutică: orală, prin inhalarea fumului de țigară, prin inhalarea prin aspirare, injectabilă.

Dependența fizică

Da. Creşte în intensitate direct proporțional cu mărirea dozei.

Dependență psihică

Da.

Toleranță

Se dezvoltă rapid, deşi pentru unele acțiuni este în funcție de concentrația opiaceului.

Sindrom de abstinență (sevraj)

Da. Apare atât ca rezultat al întreruperii administrării acestor substanțe, cât şi al administrării unui antagonist specific (naloxona) sau a unui agonist – antagonist (pentazocina) (a se consulta Manualul).

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Majoritatea fac obiectul legislației specificate în Convenția Unică, din 1961 referitoare la stupefiante.
Se eliberează pe bază de rețetă pentru stupefiante sau rețetă eliberată de medic
- Eliberarea pe bază de rețetă de stupefiante în formule magistrale şi specializate, cu substanțe din Lista I. Formule magistrale şi substanțe din Listele II şi III.
- Eliberare pe bază de rețetă medicală, pentru specialități farmaceutice care conțin substanțe din Listele II şi III.

În prezent, este opiaceul cel mai răspândit pe piața neagră, deşi există şi o piață clandestină a rețetelor şi medicamentelor similare acestei substanțe.

Denumiri vulgare

Heroina: H, horse, cal, white lady, power, sugar, joz, papelina, linea, chute

Intoxicație acută

Se produce de obicei la toxicomani atunci când îşi administrează drogul cu o puritate superioară celei obişnuite, în general pe cale intravenoasă (i.v.). Simptomele cele mai caracteristice sunt: deprimarea respiratorie, edem pulmonar acut, mioză punctiformă, hipotensiune, cianoză, bradicardie şi comă, putând ajunge şi la oprirea respirației.

Tratament

Menținerea liberă a căilor respiratorii. Provocarea vomei, dacă se consideră că a fost administrat pe cale orală. Administrarea i.v. a substanței naloxona reduce gradul de comă şi deprimarea respiratorie şi cardio-circulatorie produsă de supradoză.

Intoxicație cronică

Consumul continuu de opiacee (agonişti, agonişti parțiali sau agonişti - antagonişti) atrage după sine întotdeauna dezvoltarea dependenței, care se manifestă prin prezența simptomului de abstinență, la întreruperea bruscă a consumului sau când se administrează un antagonist.
Principalele probleme organice derivă în primul rând din utilizarea pe cale parenterală şi obiceiul foarte răspândit printre utilizatorii de opiacee de a folosi în comun materialul injectabil: hepatită, SIDA, flebită, endocardită, abcese, candidoze, septicemie.

Specialități farmaceutice

Fentanyl
- Fentanyl 50 mcg/ml solutie injectabila

Metadona
- Sintalgon 2,5 mg comprimate

Morfina
- Morfină 0,02 g/ 1 ml soluție injectabilă
- Skenan L.P. 10 mg capsule
- Vendal Retard 10, 30, 60, 100 mg comprimate

Petidina
- Mialgin 2 ml cu 100 .... soluție injectabilă

Codeină
- Codeină 15 mg comprimate

Naloxona
- Hidrat de naloxona 0,4 mg / 1 ml soluție injectabilă

Pentazocină
- Fortral 50 mg comprimate şi soluție injectabilă 30 mg

PRINCIPALELE INTERACȚIUNI ÎNTRE SUBSTANȚELE PSIHOACTIVE

ALE AMFETAMINELOR CU:

Alcool

Nu se vor administra amfetamine persoanelor cu antecedente de alcoolism, nici simultan cu alcool.

Antidepresive triciclice

Teoretic, potențează efectul amfetaminelor, deşi nu există dovezi clinice în acest sens. În orice caz, trebuie evitată administrarea în asociere.

Barbiturice

Amfetaminele întârzie absorbția intestinală a unor barbiturice, ca de exemplu fenobarbital, atunci când se administrează în asociere.

Benzodiazepine

Antagonizează efectul excitator al amfetaminelor asupra sistemului nervos central (SNC). Diazepamul este considerat eficace în tratamentul hiperactivității care se manifestă în intoxicația cu amfetamine.

Bicarbonat de sodiu

În doze mari, bicarbonatul inhibă eliminarea amfetaminelor, ceea ce ar putea potența efectul acestora asupra SNC.

Carbonat de litiu

Litiul poate inhiba efectele amfetaminelor. Nu se cunoaşte mecanismul.

Haloperidol

Teoretic, haloperidolul poate inhiba efectele amfetaminelor, deşi nu există dovezi clinice în acest sens.

Inhibitori ai Monoaminooxidazei (IMAO)

Nu se vor administra amfetamine în timp ce se face tratament cu IMAO şi nici timp de 14 zile de la întreruperea acestuia.

Opiacee

Potențează efectele amfetaminelor, atunci când sunt administrate în asociere.

ALE BARBITURICELOR CU

Analgezice narcotice

Barbituricele pot mări toxicitatea meperidinei şi reduce efectul metadonei; de aceea este necesar să se adapteze doza ambelor produse atunci când sunt administrate în asociere.

Corticoide

Îşi pot pierde eficacitatea terapeutică atunci când se administrează pe cale sistemică împreună cu barbituricele. Se recomandă evitarea acestei asocieri, fie înlocuind barbituricul cu o benzodiazepină, fie mărind doza de corticosteroizi în funcție de evoluția clinică a pacientului.

Deprimante ale sistemului nervos central

Administrarea în asociere a barbituricelor cu unele substanțe deprimante ale SNC, ca de exemplu etanol, hipnotice sedative, analgezice narcotice, benzodiazepine şi antihistaminice, poate provoca deprimarea SNC prin sedare excesivă, deprimare respiratorie şi comă, în funcție de dozele utilizate.

Fenilbutazona

Barbituricele ar putea reduce concentrațiile serice de fenilbutazonă, deşi se pare că nu este necesar să se evite administrarea în asociere a acestor două produse.

Teofilina

Barbituricele pot diminua concentrațiile serice ale teofilinei care, în unele cazuri, ar provoca o reducere a răspunsului terapeutic.

ALE BENZODIAZEPINELOR CU:

Alcool

Administrarea asociată produce potențarea efectelor deprimante asupra sistemului nervos central (SNC) şi în special asupra activității motorii. Trebuie evitat consumul de alcool atunci când se administrează benzodiazepine.

Anticoncepționale

Administrarea în asociere a anticoncepționalelor sau a altor preparate care conțin estrogeni cu anumite benzodiazepine ar putea duce la acumularea acestora din urmă. De asemenea, există date conform cărora unele benzodiazepine, ca de exemplu temazepam, pot interacționa cu anticoncepționalele în sens invers, adică reducând efectul anxiolitic.

Cimetidina

Poate mări nivelele serice ale diferitelor benzodiazepine, prin faptul că inhibă metabolismul acestora din urmă. Modifică metabolismul diazepamului, clordiazepoxidului, desmetilzepamului şi probabil al alprozolamului şi triazolamului, deşi din unele studii reiese că ar putea interacționa şi cu alte benzodiazepine.

Heparina

Poate provoca creşterea nivelului fracțiunii libere plasmatice a benzodiazepinelor, ceea ce poate genera pericolul de deprimare a SNC.

Levodopa

Se pare că benzodiazepinele exacerbează parkinsonismul unor pacienți tratați cu levodopa. Nu se cunoaşte mecanismul.

Opiacee

Potențează efectul unor benzodiazepine ca de exemplu diazepam, producând o creştere a deprimării SNC. Nu trebuie administrate în asociere.

Tutunul

Fumătorii se pot dovedi rezistenți la efectele benzodiazepinelor, datorită faptului că tutunul creşte gradul de metabolizare al acestora la nivelul ficatului.

ALE COCAINEI CU

Adrenalina

Efectele simpaticomimetice ale cocainei şi adrenalinei se potențează reciproc. Este preferabil să nu se administreze concomitent.

Benzodiazepine

Benzodiazepinele, în special diazepamul, reprezintă tratamentul de elecție în cazul convulsiilor secundare care se manifestă în supradozarea cocainei.

Guanetidina

Din unele studii efectuate pe animale, reiese că substanța cocaină poate antagoniza efectele guanetidinei; încă nu s-au efectuat studii pe oameni.

Inhibitori ai monoaminooxidazei (IMAO)

Va trebui să se procedeze cu precauție atunci când se utilizează cocaina împreună cu alte produse farmaceutice care potențează acțiunea catecolaminelor, ca de exemplu IMAO.

ÎNTRE OPIACEE ŞI

Alcool

Se poate produce o importantă deprimare a SNC atunci când se administrează în asociere opiacee şi cantități mari de alcool. Valorile plasmatice ale alcoolului, peste 500 mg/100 ml, este posibil să provoace coma şi decesul subiectului.

Cocaina

Antagonizează efectele opiaceelor. Nu sunt rare combinațiile de cocaină-heroină între dependenții de droguri cu scopul de a diminua efectele euforizante ale cocainei sau cu scopul de a diminua efectele deprimante ale heroinei.

Fenitoina

Fenitoina acționează ca un inductor al sistemelor enzimatice microzomale; s-a observat că eliminarea metaboliților metadonei creşte în mod semnificativ în cursul tratamentului cu fenitoină. Pacientul trebuie supus testelor clinice, dat fiind faptul că este posibilă producerea unui sindrom de abstinență acută.

Inhibitori ai monoaminooxidazei (IMAO)

Meperidina şi, în măsură mai mare, alte analgezice narcotice, interacționează cu IMAO. Simptomele sunt în general: agitația, transpirația intensă, rigiditatea şi hipertensiunea; de asemenea s-a constatat comă, probabil datorită potențării efectelor meperidinei.

Propanolol

Potențează toxicitatea opiaceelor, prin intermediul unui mecanism necunoscut.

Rifampicina

Rifampicina reduce nivelele plasmatice de metadonă. Este extrem de important să se țină seama de această interacțiune în cazul pacienților supuşi tratamentului de dezintoxicare sau întreținere cu această substanță, deoarece poate apărea un sindrom de abstinență.

ALTE SUBSTANȚE CU POTENȚIAL DE ABUZ

TRIHEXIFENIDIL

Acțiune farmacologică

Anticolinergică. Acționează prin antagonizarea competitivă a acțiunii acetilcolinei (neurotransmițător) la nivelul receptorilor muscarinici centrali.
În doze mari, poate stimula sistemul nervos central.

Indicații terapeutice

Antiparkinsonian: fazele inițiale ale maladiei Parkinson. Tratamentul efectelor extrapiramidale induse de alte medicamente (de exemplu antipsihotice).

Cale de administrare

Terapeutică: orală (cea mai frecventă).
Non-terapeutică: orală.

Dependența fizică

Nu s-a constatat.

Sindrom de abstinență

La întreruperea bruscă a unui tratament prelungit, poate produce o recrudescență a simptomatologiei maladiei tratate şi simptome ca de exemplu: anxietate, dificultăți de vorbire sau înghițire, pierderea echilibrului, nelinişte şi dificultate de a adormi.

Toleranță

După mai multe zile de tratament, poate apărea o anumită toleranță la unele efecte anticolinergice periferice, ca de exemplu senzația de uscăciune a gurii, constipație, retenție urinară, etc.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Se eliberează pe bază de rețetă medicală obişnuită.

Intoxicație acută

Afectează în primul rând sistemul cardiorespirator şi sistemul nervos central. Se caracterizează prin stimularea centrală urmată de deprimare, stări psihotice cu dezorientare, incoerență, confuzie, halucinații - în special vizuale, ataxie, agitație, lipsă de coordonare musculară, stupoare, fotofobie, creşterea temperaturii corporale, anhidrozis, rubor cutanat, diminuarea sau absența reacțiilor intestinale, tahicardie, convulsii, deprimare respiratorie, colaps cardiorespirator.

Tratament

În intoxicații pe cale orală, trebuie provocată voma cu maximă promptitudine, se va proceda la lavaj gastric şi se va administra cărbune activ.
Se recomandă monitorizarea continuă electrocardiografică, a pulsului, respirației şi temperaturii corporale (adesea supradoza produce hipertermie).
Ca antidot al simptomatologiei anticolinergice periferice şi centrale, se va administra FIZOSTIGMINA. Adulți: 1 – 3 mg pe cale I.V. lentă, timp de trei minute. Copii: inițial 0,5 mg, adaptând doza până la un maxim de 2 mg, se va repeta, în caz de nevoie, la 20 – 60 minute.
Convulsiile se pot trata cu Diazepam administrat intravenos. În caz de deprimare respiratorie, se poate recurge la respirație artificială cu administrare de oxigen.

METILFENIDAT

Acțiune farmacologică

Stimulare a sistemului nervos central, similar cu amfetaminele.

Indicații terapeutice

Se utilizează împreună cu alte mijloace ne farmaceutice (psihologice, sociale, etc.) în tulburările datorate deficitului de atenție la copiii cu hiperkinezie.
Narcolepsie.

Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate).
Non-terapeutică: orală.

Dependența fizică

Da.

Dependența psihică

Da.

Sindrom de abstinență

Întreruperea bruscă a unui tratament prelungit poate da naştere unui sindrom de abstinență.

Toleranță

Se poate produce după un tratament prelungit, timp de mai multe luni.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Se eliberează cu rețetă medicală.
Figurează în lista II din Convenția de la Viena din 1971, referitoare la substanțele psihotrope.

Intoxicație acută

Se caracterizează în primul rând printr-o suprastimulare a sistemului nervos central, însoțită de simptomatologie simpaticomimetică acută: vomă, agitație, confuzie, euforie, hiperreflexie, tahicardie, hipertermie, convulsii, aritmii cardiace, comă.

Tratament

Nu există un antidot specific. Tratamentul este simptomatic şi de susținere. Se va proceda imediat la golirea stomacului prin lavaj gastric. Se vor monitoriza funcțiile respiratorie şi circulatorie. În intoxicațiile severe, se va administra un barbituric cu acțiune de scurtă durată.

PEMOLINA

Acțiune farmacologică

Stimulare a sistemului servos central.

Indicații terapeutice

Se utilizează împreună cu alte mijloace ne farmaceutice (psihologice, sociale, etc.) în tulburările datorate deficitului de atenție la copii cu hiperkinezie
Narcolepsie.
Epuizare psihică şi fizică.

Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate, suspensie).
Non-terapeutică: orală.

Dependența

Dată fiind similitudinea cu alte psihostimulente, se poate considera că pemolina este susceptibilă de a produce dependență fizică şi psihică.

Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Se eliberează cu rețetă medicală. Figurează în lista IV din Convenția de la Viena din 1971, referitoare la substanțe psihotrope.

Intoxicație acută

Se caracterizează în primul rând printr-o suprastimulare a sistemului nervos central, însoțită de simptomatologie simpaticomimetică: vomă, agitație, confuzie, euforie, hiperreflexie, tahicardie, hipertermie, convulsii, aritmii cardiace, comă.

Tratament

Nu există un antidot specific. Tratamentul este simptomatic şi de susținere. Se va proceda imediat la golirea stomacului prin lavaj gastric. Se va monitoriza funcția respiratorie şi cea circulatorie.

Programul UE – PHARE
Lupta împotriva drogurilor

Editat de Ministerul de Interne prin Centrul de Resurse Juridice
Data publicării: Noiembrie 2002